**เรียน ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณารายการยา**

เนื่องจาก สาขาวิชา ................................................................. ภาควิชา........................................................

จะขอใช้ยาตัวอย่างเพื่อ..................................................................................................................................................

ชื่อยา .............................................................................................................................. (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)

ระยะเวลาในการทดลองใช้ ตั้งแต่............................................................ ถึง ...............................................................

จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะใช้ยานี้ประมาณ ............................................. ราย

โดยมีรายชื่อแพทย์ที่สามารถสั่งยาได้ดังนี้

1. ชื่อแพทย์ ................................................................................ รหัสบุคคล .......................... โทร. .............................
2. ชื่อแพทย์ ................................................................................ รหัสบุคคล .......................... โทร. .............................
3. ชื่อแพทย์ ................................................................................ รหัสบุคคล .......................... โทร. .............................
4. ชื่อแพทย์ ................................................................................ รหัสบุคคล .......................... โทร. .............................
5. ชื่อแพทย์ ................................................................................ รหัสบุคคล .......................... โทร. .............................

(หากแพทย์ผู้ใช้มากกว่า 5 ราย กรุณาทำเป็นเอกสารแนบ)

............................................................................

(..........................................................................)

หัวหน้าสาขาวิชา.................................................

ภาควิชา...............................................................

วันที่ ...................................................................

**\* กรณีสั่งยาดังกล่าวมาในใบสั่งยา กรุณาเขียนชื่อยา ..... และเติม “(S)” หลังชื่อยา**

**\*\* กรณีสิ้นสุดการทดลองใช้ยา กรุณาสรุปผลการใช้ยาในแบบประเมินผลการทดลองใช้ยาส่งให้ฝ่ายเภสัชกรรมด้วย**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ความเห็นของประธานคณะอนุกรรมการพิจารณารายการยา

❑ เรียนหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อดำเนินการ

❑ อื่นๆ ............................................................................................................................................................

.....................................................................

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์วินัย วนานุกูล)

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณารายการยา

วันที่.......................................

**รายละเอียดของยา**

ชื่อยา (Trade Name) …………………………………………………………………………………………...........................…………………

ชื่อยาสามัญ (Generic Name) หรือส่วนประกอบ (Ingredient) ……....................…………………………………………………..

ความแรง (Strength)…………………………………………………….………..………………………………………………………………………

รูปแบบยา (Dosage Form)……………………………............................…………………………………………………………………..…..

ขนาดยาที่ใช้ (Dose) ……………………………………….............…………………………………………………………………………………..

ขนาดบรรจุ (Packing) ……………………............................……………………………………………………………………………………..

ราคา (Price) ต่อขนาดบรรจุ (รวม Vat) ……………………...............………………………………………………………………………..

บัญชียาหลักแห่งชาติ 🞎 ไม่ใช่ 🞎 ใช่ บัญชี 🞎 ก 🞎 ข 🞎 ค 🞎 ง 🞎 จ(1) 🞎 จ(2) 🞎 สมุนไพร

ข้อบ่งใช้ (Indication) ……………….............................…………………………………………………………………………………………..

กลุ่มยา (Group Classification) …………………………….............................…………….………………………………………………..

ทะเบียนยา……………………………….......................…………………………………………………………………………………….…………..

เลข 24 หลัก………………………………………….........................………………………………………………………………..………………..

TMT code .............................................….……………………...........………………………………………………………………..……..

Distributor……………………...............……………………...........................…………………………………………………………………..

Principle/Manufactures…………..………………............................….………………………………………………………..…………..

ผู้แทนยา ....................................................... หมายเลขโทรศัพท์.....................................

บริษัท ...............................................................................................................................

แบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารการเสนอยาตัวอย่างเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาลรามาธิบดี

ชื่อการค้า (ชื่อสามัญ).....................................................................................................................................................

บริษัทยา...........................................................................................................................................................................

ประเภทยา 🗆 ยาต้นแบบ 🗆 First Generic 🗆 ยาสามัญ หรือ ชีววัตถุ

| **เอกสาร** | **รายการยา** | **Check list** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | แบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารการเสนอยาตัวอย่างเข้าในบัญชียา  ของโรงพยาบาลรามาธิบดี |  |  |
| 2 | แบบฟอร์มการใช้ยาตัวอย่าง |  |  |
| 3 | ข้อมูลทั่วไปของผลิตภัณฑ์ |  |  |
| 3.1 ใบสำคัญการขึ้นทะเบียนยา  - ใบทย 1 (ทั้งด้านหน้าและหลัง)  - ใบทย 2 ทย 3 หรือ ทย 4 (ทั้งด้านหน้าและหลัง ) |  |  |
| 3.2 เอกสารกำกับยา (ต้องเป็นฉบับที่ให้ข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์)  - ภาษาไทยฉบับเต็ม  - ภาษาอังกฤษฉบับเต็ม |  |  |
| 3.3 รูปภาพผลิตภัณฑ์ (รูปภาพ **สี เท่านั้น)** |  |  |
| 4 | Clinical study (1-2 ฉบับ) |  |  |
| 5 | แบบฟอร์มแบบแสดงความยินยอมในเงื่อนไขที่กำหนด (พร้อมลงนามรับทราบ) |  |  |
| 6 | แบบฟอร์มประเมินผลการทดลองใช้ยาของแพทย์ |  |  |
| **หมายเหตุ**   1. **ต้องมีข้อมูลครบถ้วนมิฉะนั้นจะไม่สามารถดำเนินการได้** 2. **กรณีขอเพิ่มเติมรหัสแพทย์ เพื่อขอใช้ยาตัวอย่าง สามารถ download แบบฟอร์มขอเพิ่มรหัสแพทย์เพื่อขอให้ยาตัวอย่าง (เพิ่มเติม) (F-WI-RAISO-RX-023/04) ได้จาก Internet ฝ่ายเภสัชกรรม และส่งที่ธุรการฝ่ายเภสัชกรรม** | | | |

เจ้าหน้าที่บริษัทผู้ยื่นเอกสาร ……………………………………….....................

(…………………………………………….........……)

วันที่................................................................

**แบบแสดงความยินยอมในเงื่อนไขที่กำหนด**

1. บริษัทที่เสนอยายินดีนำยาตัวอย่างมาไว้ที่ห้องยาตามปริมาณยา และ/หรือ ปริมาณผู้ป่วยที่ได้ตกลงไว้
2. การเสนอยาตัวอย่างไม่มีผลต่อการพิจารณารับยาเข้าโรงพยาบาล
3. เมื่อทดลองใช้ยาครบปริมาณที่ตกลงแล้ว กรุณานำผลการทดลองการใช้ยามาส่งที่งานบริหาร  
   เภสัชภัณฑ์ ก่อนการประชุมพิจารณารายการยา กรณีไม่มีผลการใช้ยา อาจส่งผลต่อการพิจารณายาเข้าโรงพยาบาล
4. กรณีที่ยาผ่านการพิจารณารับเข้าบัญชียาโรงพยาบาลแล้ว บริษัทยินดีที่จะบริจาคยาจนกว่าทางโรงพยาบาลจะสามารถจัดซื้อยาได้ถูกต้องตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ (ไม่ยืมยาก่อน) ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 3 – 4 เดือนต่อรายการยา นับจากวันที่ผ่านการพิจารณารับยาเข้าโรงพยาบาล
5. กรณียาไม่เข้าโรงพยาบาล ขอให้บริษัทมารับยาคืนภายใน 1 เดือน นับจากวันที่ประกาศผล
6. กรณีไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทางโรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการอุทธรณ์ และพิจารณาตัดยาออกจากโรงพยาบาล

รับทราบและยินดีปฏิบัติ

......................................................ลงนาม

(......................................................)

ผู้จัดการ/ผู้แทนจำหน่าย

เกณฑ์การปฏิบัตินี้รวมถึงรายการยาที่นำเสนอ Access Program รูปแบบให้ยาฟรีกับผู้ป่วยก่อน